Prefeitura Municipal de Irati
Departamento de Documentação

Rua Coronel Emílio Gomes, 22 – CEP 84500-000 – Irati – PR
Fones (42) 3907 3000 – 3907 3066 – Fax (42) 3907 3062
www.irati.pr.gov.br – janete@irati.pr.gov.br / raquel.burak@irati.pr.gov.br

PUBLICADO
Hoje Centro Sul
EM 15/04/2015 p 17
DIVISÃO DE EXPEDIENTE
Ed 770

LEI Nº 3953

Súmula: Autoriza o Município de Irati a proceder, mediante solicitação dos servidores públicos municipais, desconto em folha de pagamento para repasse à empresa de plano de saúde contratada de sua livre escolha.

A CÂMARA MUNICIPAL DE IRATI, Estado do Paraná, APROVOU e eu PREFEITO MUNICIPAL, SANCIONO a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica o Município de Município de Irati-PR, autorizado a proceder mediante solicitação do servidor público municipal interessado, o desconto em folha de pagamento da quantia correspondente ao custo mensal do plano de saúde e repassar à empresa contratada de livre escolha dos servidores.

Art. 2º - O termo de solicitação de desconto em folha de pagamento do servidor público municipal será o constante do anexo desta lei e dependerá da análise do Departamento de Recursos Humanos do Município.

Art. 3º - O Município de Irati-PR, fica completamente isento de qualquer discussão acerca dos valores descontados; cabendo a este apenas o desconto e posterior repasse dos valores à empresa contratada de livre escolha dos servidores.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE IRATI, em 10 de abril de 2015.

Odilon Rogério Burgath
Prefeito Municipal

Prefeitura Municipal de Irati
Departamento de Documentação

Rua Coronel Emílio Gomes, 22 – CEP 84500-000 – Irati – PR
Fones (42) 3907 3000 – 3907 3066 – Fax (42) 3907 3062
www.irati.pr.gov.br – janete@irati.pr.gov.br / raquel.burak@irati.pr.gov.br

ANEXO I

Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

Eu, (nome), (nacionalidade), (estado civil), (cargo), inscrito no CP sob o nº (informar), **AUTORIZO** o Município de Irati a descontar mensalmente e por tempo indeterminado, dos meus vencimentos a importância relativa ao valor do plano de saúde ora contratado conforme termo de adesão anexo e repassar a Empresa (nome da empresa), inscrita no CNPJ sob nº (informar).

Assim, firmo a presente para que produza os seus efeitos legais.

(localidade), (dia), de (mês) de(ano).

(assinatura)
(nome)